Rok LV. Kraków, 1. września 1916. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu farmakologicznego Uniwersytetu Lwowskiego.
Dyrektor: Prof. Dr L. Popielski.

Alkohol i wydzielanie soku żołądkowego.

Podał

Dr L. Warchoł,

asystent Zakładu.

Z licznych badań klinicznych i eksperymentalnych wysnuwano wniosek, że alkohol jest potężnym bodźcem dla gruczołów żołądkowych. Pomimo to jednak sprawa oddziaływania alkoholu na gruczoły żołądkowe nie może być uważana za rozstrzygniętą. Przy badaniach nad gruczołami żołądkowymi spotykamy się zawsze z nieuchwytnym i trudnym do wyłączenia wpływem psychicznym, który przy najmniejszych, pozornie wcale nieważnych zabiegach przejawia swoje działanie obfitem wydzielaniem soku żołądkowego. W dawniejszych badaniach nie liczono się wcale z tym tak doniosłym psychicznym wpływem. Moje badania nie rozstrzygają również sprawy działania alkoholu na gruczoły żołądkowe w sposób bezwzględnie pewny. W każdym jednak razie czynią one prawdopodobnem, że alkohol jako taki nietylko nie jest bodźcem dla gruczołów żołądkowych, lecz nawet przeciwnie, w pewnych warunkach zupełnie powstrzymuje wydzielanie soku żołądkowego.

Badania swoje wykonałem w przewlekłej formie na psach z dwiema przetokami: żołądkową i dwunastniczą. Przez przetokę dwunastniczą wprowadzałem w każdem doświadczeniu cewnik z balonikiem, który wydymałem pewną dokładnie określoną ilością powietrza do tego stopnia, że połączenie jelit z żołądkiem było zupełnie zamknięte. W ten więc sposób usuwałem możność dostawania się zawartości jelit (żółci i soków: trzustkowego i jelitowego) do żołądka. Za pomocą drugiego cewnika, wsuniętego do przetoki dwunastniczej, wprowadzałem alkohol do jelit.

Przedewszystkiem przytoczę niektóre z doświadczeń, potwierdzających całkowicie dawniejsze spostrzeżenia, że alkohol jest potężnym bodźcem dla gruczołów żołądkowych.

Doświadczenie IV.

16. VII 1913. Pies »Biały« 13.800 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Zbieranie soku żołądkowego rozpoczęto w 8 minut po przepłukaniu żołądka.

O 7 h 55′ zaczęto zbierać sok żołądkowy; w odstępach 15-minutowych wydzieliło się: 4,8 — 1,7 — 1,2 — 1,2 razem 8,9 cm³ w ciągu godziny.

O 8 h 57′ wprowadzono psu przez przetokę dwunastniczą do jelit w ciągu 2′ 100 cm³ 5% alkoholu etylowego.

O 9 h 10′ pies zupełnie się uspokoił, zwiesił głowę w dół i drzemie (przez 30′ — do 9h 40′).

Wydzielanie co 15 minut: 5,0 — 4,7 — 10,0 — 5,2, razem 24,9 cm³ w ciągu godziny.

O 10 h 00′ pies staje się znowu niespokojnym i oblizuje się co chwilę. Wydzielanie co 15 minut: 7,0 — 4,7 — 4,5 — 4,0 razem 20,2 cm³ w ciągu godziny.

W następnej godzinie wydzielanie:
3,8 — 4,5 — 6,0 — 4,3 razem 18,6 cm³ w godzinie.

O 11 h 45′ pies zachowuje się spokojnie aż do końca doświadczenia.

Potem wydzieliło się jeszcze 5,0 cm³ za ½ godziny.

Następne doświadczenie VII wskazuje, że wydzielanie soku żołądkowego, już istniejące, wzmaga się pod wpływem alkoholu bardzo wybitnie.

Doświadczenie VII.

17. VII 1913. Pies »Biały« 13,800 klg wagi z dwiema przetokami. Żołądek przepłukany.

O 10 h 00′ zaczęto zbierać sok żołądkowy. Wydzieliło się w odstępach 15 minutowych: 6,4 9,2 9,0 4,2 razem 28,8 ccm w ciągu godziny.

O 11 h 00′, wprowadzono psu do dwunastnicy w ciągu 1′30″ — 100 ccm 10% alkoholu etylowego.

O 11 h 02′ pies staje się niespokojnym, piszczy i oblizuje się co chwilę.

O 10 h 10′ pies zwiesił głowę i drzemał z małemi przerwami do 11 h 30′.

W następnej godzinie wydzieliło się: 11,7 16,0 24,0 13,5 razem 65,2 ccm w godzinie.

O 12 h 10′ pies zasypia na 5′. Dalsze wydzielanie mierzone co 15′: 12,2 8,0 13,0 9,3 razem 42,5 ccm w ciągu godziny; o 12h 20′ pies zwiesza głowę w dół i drzemie do 12h 30′.

Od g. 12h 30′ pies już nie spał, ale był spokojny aż do końca doświadczenia, tylko od czasu do czasu oblizywał się.

Dalsze wydzielanie: 14,0 10,0 10,0 8,2 razem 42,2 ccm w ciągu godziny.

O g. 2 h 00′ doświadczenie przerwano, gdyż pies zaczął wymiotować śliną.

W przytoczonych doświadczeniach na uwagę zasługuje to, że nawet tak małe ilości alkoholu, jak 5,0 gr i 10,0 gr dla psa 13,800 klg wagi, już wywołują obfite wydzielanie soku żołądkowego. Następnie ciekawem jest, że podwojenie ilości alkoholu nie zwiększyło ilości soku żołądkowego, jak to widać z doświadczenia VIII w porównaniu z doświadczeniem VII i IV.

Doświadczenie VIII.

19. VII 1913. Pies »Biały« 13,800 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Żołądek przepłukany.

O 9 h 15′ zaczęto zbierać sok żołądkowy. Wydzielanie mierzone co 15′: 6,2 5,0 5,1 3,8 razem 20,1 ccm za godzinę.

[1]) Krótką wzmiankę o tych doświadczeniach umieścił prof. Dr Popielski w »Walce z alkoholizmem« 1914 r. Rok II. Kwartał 1, Nr 1, str. 161—163.

O g. 10 h 15′ wprowadzono psu do dwunastnicy w ciągu 2 minut 100 ccm 20% alkoholu etylowego.

O g. 10 h 18′ pies staje się niespokojnym, rzuca się i oblizuje się co chwilę.

O g. 10 h 23′ zaczyna się wydzielać sok żołądkowy.

O g. 10 h 25′ pies uspakaja się zupełnie, zwiesza głowę w dół i drzemie; sok żołądkowy wydziela się teraz bez przerwy

O g. 10 h 30′ pies popadł w sen, który trwał bez przerwy. przez 15′; podczas tego sok wprost lał się z przetoki.

Dalsze wydzielanie: 6,4 16,4 14,0 8,0, razem 44,8 ccm w ciągu godziny.

O g. 10 h 47′ pies budzi się. Odruchy zachowane.

O g. 11 h 25′ pies się wypręża, przyczem wydzielanie soku wstrzymuje się na chwilę.

Dalsze wydzielanie: 7,8 8,2 7,3 7,4 razem 30,7 ccm w ciągu godziny.

O g. 11 h 40′ pies zasypia; podczas tego snu sok wydziela się nieprzerwanie.

O g. 11 h 56′ pies budzi się.

Dalsze wydzielanie: 9,0 7,0 8,5 4,6 razem 28,7 ccm w jednej godzinie.

Alkohol wprowadzony podskórnie również wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, jak to widać z doświadczenia IX.

Doświadczenie IX.

22. VII 1913 Pies »Biały» 13,800 klg wagi z dwoma przetokami. Żołądek przepłukany.

O g. 7,30′ zaczęto zbierać sok żołądkowy co 15′ w ilości: 6,5 2,0 5,0 0,2 razem 53,7 ccm w ciągu godziny.

O g. 8 h 30′ wprowadzono psu podskórnie 40 ccm 40% alkoholu etylowego w przeciągu 2′.

O g. 8 h 33′ pies oblizuje się bez ustanku i jest trochę niespokojny.

O g. 8 h 37′ pojawia się odrazu silne wydzielanie soku żołądkowego.

O g. 8 h 40′ pies zwiesza głowę w dół i drzemie.

Dalsze wydzielanie: 17,2 10,5 6,2 3.3 razem 37,2 ccm w ciągu godziny.

O g. 8 h 47′ pies podnosi głowę, oblizuje się co chwilę zwraca głowę na obydwie strony, zawraca się.

Dalsze wydzielanie: 3,2 2,7 razem 5,9 ccm w ciągu 1/2 godziny.

Gdybyśmy chcieli oprzeć się na powyższych doświadczeniach, to należałoby przyjąć jako pewnik, że alkohol jest bodźcem dla gruczołów żołądkowych. Jednakowoż należy tu zaznaczyć, że pies »Biały«, na którym wykonano powyższe doświadczenia, oddziaływał stale na każdy zabieg, zwłaszcza związany z jego przewodem pokarmowym, wydzielaniem soku żołądkowego, co wskazywało na jego szczególnie wielką pobudliwość psychiczną. Wskutek tego doświadczenia na psie »Białym» nie mogą służyć za dowód bezwzględnie pewny, że alkohol jest bodźcem dla gruczołów żołądkowych, gdyż wydzielanie soku żołądkowego w doświadczeniach na tym psie mogło być następstwem wpływu psychicznego, wywołanego samym zabiegiem wprowadzania alkoholu.

Mianowicie zwraca uwagę ta okoliczność, że nawet tak mała ilość alkoholu, jak 5,0 gr na 13.800 klg wagi psa, to jest 0,35 gr na 1 klg, już wywołuje ogromne wydzielanie soku żołądkowego. Natomiast 20,0 gr alkoholu wywołało u tego samego psa mniejsze wydzielanie soku, aniżeli 10,0 gr, wobec czego wydaje się mało prawdopodobnem, żeby alkohol jako taki wywierał wpływ na wydzielanie soku żołądkowego. Wiemy bowiem, że — przynajmniej do pewnych granic — tem większe jest działanie danego ciała, im więcej go wprowadzamy. Nie można zaś tu wcale o tem mówić, że alkohol rozcieńczył się właśnie przy 20,0 gr znajdującą się w jelitach treścią, gdyż zawsze przekonywaliśmy się przed doświadczeniem, czy z przetoki dwunastniczej nie wydostaje się przypadkowo zawartość jelit na zewnątrz.

Ażeby więc sprawę tę wyjaśnić, a przynajmniej zbliżyć się do jej rozstrzygnięcia, wykonałem doświadczenia analogiczne do poprzednich na psach, które przy innych doświadczeniach, wykonanych również na przewodzie pokarmowym, nie oddziaływały wcale albo tylko w słabym stopniu wydzielaniem »psychicznego« soku żołądkowego. Naturalnie i u tych psów nie dało się uniknąć w zupełności wpływu psychicznego z tego powodu, że alkohol, zwłaszcza w silniejszych rozczynach, drażniąc błonę śluzową przewodu pokarmowego, mógł w następstwie tego prowadzić do powstania bodźców psychicznych.

Doświadczenie XII.

2. I. 1914. Pies »Kudłaty«, 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Żołądek przepłukany przed doświadczeniem.

O 8 h 30′ zaczęto zbierać sok żołądkowy.

O 9 h 15′ w probówce zebrała się nieznaczna ilość wydzieliny śluzowej o odczynie zasadowym.

O 9 h 15′ wprowadzono psu do dwunastnicy 100 ccm 5% alkoholu etylowego; pies podczas wprowadzania ustawicznie się oblizuje i połyka ślinę.

O 9 h 15′ zaczęto zbierać sok żołądkowy co 5′.

O 9 h 20′ pies dostaje wymiotów.

O 9 h 25′ brak zupełny soku żołądkowego.

O 9 h 35′ pokazuje się pierwsza kropla płynu śluzowatego słabo kwaśnego.

Od godz., 9,40 zebrano co 5 minut: 1,0 1,2 1,1 0,7 0,5 0,2 wogóle 4,7 ccm w ciągu 30′.

O 10 h 10′ wprowadzono psu do dwunastnicy 100 ccm 10% alkoholu etylowego; pies zachowywał się spokojnie.

O 10 h 10′ zaczęto zbierać sok żołądkowy co 5′ w ilości: 0,5 0,7 0,3 0,5 0,5 0,5 razem 3,0 ccm w ciągu 30 minut.

Jak z powyższego doświadczenia widzimy, pierwsza kropla soku żołądkowego po wprowadzeniu 5,0 gr alkoholu pojawiła się dopiero po upływie 20 minut od chwili wprowadzenia, co pozwala wyłączyć zupełnie wpływ psychiczny. Wydzielanie soku jest bardzo małe, gdyż w ciągu 30′ wydzieliło się tylkn 4,7 ccm soku żołądkowego. Również następne wprowadzenie 10,0 gr alkoholu nie wywołało wcale zwiększenia wydzielania, gdyż w przeciągu 30′ wydzieliło się 3,0 ccm śluzowatego płynu.

Doświadczenie XIII.

12. I. 1914. Pies »Kudłaty« 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

o 8 h 00′ zaczęto zbierać sok żołądkowy.

o 9 h 00′ w probówce zgromadziła się wydzielina gęsta, śluzowata, o odczynie zasadowym.

o 9 h 00′ wprowadzono do dwunastnicy 100′ ccm 20% alkoholu etylowego; pies podczas wprowadzania oblizuje się i łyka ślinę.

o 9 h 20′ zjawia się pierwsza kropelka płynu oddziałującego kwaśno; pies popada w sen i śpi z małemi przerwami przez dalszy ciąg doświadczenia — sok przedstawia się pod postacią gęstego płynu, słabo kwaśnego.

Dalsze wydzielanie co 5′: 0,5 0,5 0,5 0,7 0,3 0,3 0,2 razem 3,5 ccm w ciągu 40′.

W powyższem doświadczeniu wprowadzenie 20,0 gr alkoholu wywołało dopiero po upływie 20 minut zjawienie się słabo kwaśnej kropelki soku żołądkowego. Wydzielanie w dalszym ciągu było niezmiernie małe, bo od godz. 9 h 20′ do 10 h 00, (w ciągu 40′) wydzieliło się zaledwie 3,5 ccm, i to słabo kwaśnego, śluzowatego płynu. — Jeśli porównamy wyniki doświadczenia XII i XIII, to nie znajdziemy żadnej różnicy w wydzielaniu soku od wprowadzania 10,0 gr i 20,0 gr alkoholu. Natomiast porównanie wpływu alkoholu na wydzielanie soku żołądkowego u psów »Białego i »Kudłatego« wykazuje, że już tak nieznaczna ilość alkoholu, jak 5,0 gr, wywołuje u psa »Białego« olbrzymie wydzielanie soku żołądkowego, natomiast u psa »Kudłatego« znacznie większa ilość alkoholu nie wywołuje prawie żadnego wydzielania soku.

Jednakże dalsze zwiększenie ilości alkoholu do 30,0 gr

wywołało i u psa »Kudłatego« wybitne wydzielanie soku żołądkowego, jak na to wskazuje doświadczenie XIV.

(Dokończenie nastąpi).

Z pracowni anatomopatologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów).

O zmianach w gruczołach wewnętrznego wydzielania u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny.

Podał

Prof. Dr Józef Hornowski.

(Dokończenie)

Przed przejściem do wniosków, wypływających z wyników moich badań, muszę choć w kilku słowach omówić stanowisko, na którem stoję przy rozstrzyganiu o tem, czy dany gruczoł wewnętrznego wydzielania zachowuje się histologicznie prawidłowo pod względem swego wydzielania wewnętrznego.

Co się tyczy nadnerczy, to wiemy, iż jedną z najważniejszych ich części składowych jest istota rdzeniowa, której komórki, tak zwane komórki chromochłonne, wytwarzają niezbędne dla życia ilości adrenaliny, służącej do utrzymania w naszym ustroju pewnego napięcia życiowego.

Dlatego też wszelka nadmierna wązkość tej istoty rdzeniowej, która u człowieka w średnim wieku powinna być mniej więcej szerokości istoty korowej, lub nieco tylko węższa, jest wrodzonem upośledzeniem w rozwoju nadnerczy, utrudnia znacznie utrzymywanie pewnego napięcia życiowego w ustroju, zwiększa, przez większe zapotrzebowanie ze strony mniej licznych komórek, pracę tych komórek, i tem łatwiej i szybciej doprowadzić może te komórki do wyczerpania się.

Wrodzone niedokształcenie, lub nawet brak w jednem nadnerczu istoty rdzeniowej mamy w przypadkach: II., IV., VI., IX., X., XI., XIV., XV., XVI., XIX., XX., XXII., XXV., XXVI., XXVII., XXVIII., XXX., XXXII.

Z wyczerpaniem komórek chromochłonnych, co wyraża się przez gorsze ich chromowanie się, lub nawet brak chromowania, jak również przez ich wakuolizacyę, bądź u osobników z wrodzoną wązkością istoty rdzeniowej, bądź z dobrze rozwiniętą istotą rdzeniową, spotkaliśmy się w przypadkach wszystkich, z wyjątkiem VI., XVI, XVII., XIX..

Z wybroczynami do istoty rdzeniowej mamy do czynienia w przypadku V., z wylewem krwawym w XXI. Upośledzają one również oczywiście działalność komórek istoty rdzeniowej.

Również i pewne większe lub mniejsze braki w ilości lipoidów w korze musimy uważać za wyraz obniżonej działalności kory nadnerczy, może za pewien stopień wyczerpania się wydzielania wewnętrznego jej komórek. Z tem spotkaliśmy się w przypadkach III., V., XI., XXI., XXII., XXV., XXXI.

Z dotychczasowych moich badań i prac wynika, iż obecność dużej ilości barwika w komórkach warstwy siatkowatej kory jest wyrazem nadmiernej pracy w ciągu życia nadnercza, ewentualnie komórek jego istoty rdzeniowej. Z tego względu zapatruję się na duże ilości barwika w tych komórkach, jako na wyraz przepracowania nadnerczy.

Z takiem przepracowaniem mamy do czynienia w przypadkach: I, II., IV., VIII., XII., XIV., XV., XXII, XXIX.

Co się tyczy przysadki mózgowej, to ponieważ, o ile sądzić można, przednia jej część ma główne znaczenie w wydzielaniu wewnętrznem, przeto wszelkie wrodzone zmniejszenie na korzyść tylnej jest związane z pewnem upośledzeniem wrodzonem czynności przysadki. O tem możemy mówić w naszych przypadkach: I., II., XIV., XV., XXV.

Najczynniejszym elementem wydzielania wewnętrznego przysadki jest komórka eozynochłonna; im więcej tych komórek, tem lepiej wydziela przysadka, im ich mniej, tem bardziej wydzielanie to jest upośledzone. Mamy to w przypadkach: I., III., V., VIII., XIII., XIV., XV., XVI., XVII., XX., XXII., XXIII., XXVII., XXIX., XXX., XXXI.

Również pewien bezład w komórkach, tak jak to mamy w przypadku I, oraz obecność większej ilości ognisk syncytyalnych, jak w przypadkach I., III., V., XIII., XVIII., XXII., XXX., są oznaką zmniejszonej czynności przysadki.

Nadmierny rozwój tkanki łącznej w przysadce również upośledzać musi czynność wydzielniczą jej komórek, zupełnie tak samo, jak i w innych narządach. Z tem mamy do czynienia w przypadkach: XII., XVII., XVIII, XXX.

Również zgrubienie i zwapnienie torebki przysadki, jak w przypadku V., musi niekorzystnie wpływać na jej wydzielanie.

Przechodząc do tarczycy, która stoi na trzeciem miejscu wśród gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wykazujących objawy wyczerpania w niewyjaśnionych przypadkach śmierci u umysłowo chorych, zaznaczę, iż możemy tu mieć rozmaite zmiany.

Usunięcie tarczycy z wydzielania wewnętrznego nie ulega żadnej wątpliwości, jak w przypadku VI., gdzie jeden jej płat został zniszczony przez krwotok, drugi zaś wykazywał znacznego stopnia zwyrodnienie torbielowato-koloidowe, któreto zwyrodnienie spotykamy i w przypadkach: XI., XXX,

Również nadmierny rozwój tkanki łącznej, uciskającej na pęcherzyki, jak w przypadkach: XVII., XVIII., XIX., XX., musi upośledzać czynność wydzielniczą tarczycy.

O upośledzeniu tej czynności musimy myśleć i w tych przypadkach, w których występuje znaczniejsze spłaszczenie komórek pęcherzyków (przy nadczynności, jaką wykazuje tarczyca — w chorobie Basedowa — nabłonki bujają i powiększają się) i znaczne różnice w średnicy oddzielnych pęcherzyków. Takie obrazy mamy w przypadkach: VIII., IX., XII., XV., XXII., XXIII., XXVI., XXVIII.

Wreszcie czasami tarczyca rozwojowo może być niedokształcona, jak w przypadkach XVI. i XXVII., co również upośledza jej czynność.

W gruczołach przytarczycznych komórki kwasochłonne uchodzą dziś za elementy najczynniejsze, zaś o jako takiej sprawności w wydzielaniu wewnętrznem gruczołów przytarczycznych mówi nam wyraźne odgraniczanie się, ostre konturowanie komórek głównych. Natomiast zjawianie się ognisk jądrowych, występowanie obrazów tkanki syncytyalnej, jest wyrazem upośledzonej czynności komórek. Z takimi obrazami spotkaliśmy się w przypadkach: VI., VII., X., XVIII., XX., XXII, XXIII., XXX, XXXI.

Oczywiście wybroczyny do samych gruczołów lub naokoło nich, wybroczyny, które uciskają i na drobne doprowadzające do tych gruczołów naczyńka i na nerwy, muszą siłą rzeczy wywoływać upośledzenie działalności tych gruczołów. Taki obraz mamy w przypadku VII.

Obecność grasicy u osobnika dorosłego, grasicy czynnej pod względem wydzielania wewnętrznego, wywołuje, jak to wiadomo, pewną równowagę niestałą w ustroju, do której naruszenia wystarczy, jak to wiemy z licznych klinicznie i sekcyjnie spostrzeganych przypadków, bardzo nieznaczna przyczyna. Przy obecności grasicy możemy mieć do czynienia bądź z grasicą zachowaną, która nie podlegała nigdy inwolucyi, jak w przypadkach IX., X, XXVI., bądź też z grasicą, która w swoim czasie zaczęła podlegać tej inwolucyi, natomiast później znowu ożywiła się w znaczeniu wewnętrznego wydzielania, jak w przypadku XXIV.

W poprzednich pracach swoich wykazałem, iż we wszystkich tych przypadkach nietrudno o przyczynę, która u takiego wagotonicznego osobnika może wywołać śmierć.

Co się tyczy gruczołów płciowych, jak w na-

szych przypadkach III., VII., XI., XX. jajników, lub jąder w przypadkn XXX., to wogóle trudno mówić o znaczeniu ich w wydzielaniu wewnętrznem pod względem histologicznym. O ile jednak sądzić można, zanik tych gruczołów, czy to w okresie pokwitania, a tembardziej przedwcześnie, jak w przypadku XX-, ewentualnie i III., i XXX. musi za sobą pociągnąć cały szereg zaburzeń ze strony ustroju, które mogą osłabiać jego odporność.

Wreszcie w przypadkach XVII. i XXII. znalazłem i zmiany w trzustce. Polegały one bądź na małej ilości i na małości wysepek Langerhansa, na ich budowie syncytyalnej, bądź również i na zwiększonej ilości tkanki łącznej w samej trzustce.

Przypuszczam na zasadzie badania i innych gruczołów w przypadku XVII., że mieliśmy tam do czynienia z moczówką cukrową, zaś w przypadku XXII. tylko z nieprawidłową pod względem wydzielania wewnętrznego czynnością trzustki.

Dodać tu muszę, że wogóle trudno orzec, czy zmniejszona ilość wysepek Langerhansa jest sprawą wrodzoną, czy też nabytą sprawą chorobową późniejszą; taksamo musimy się zapatrywać i na zupełny brak komórek kwasochłonnych w gruczołach przytarczycznych, jak w przypadkach XX. i XXVII., które to komórki, jak to wykazałem w poprzednich swoich pracach, zjawiają się w gruczołach przytarczycznych nie zaraz po urodzeniu się dziecka, lecz znacznie później; dlatego też w tablicach, które obecnie przytoczę, w odpowiednich działach stawiam znaki zapytania.

Co się tyczy samych tablic, to przytaczam je dlatego, aby po omówieniu i opisaniu przypadków można się było łatwiej zoryentować co do istotnego znaczenia zmian, spotykanych przy nich w gruczołach wewnętrznego wydzielania, oraz co do ilości niewydolnych w znaczeniu wewnętrznego wydzielania tych gruczołów w każdym poszczególnym przypadku.

Przypadki spostrzegane dzielę na dwie grupy — jedną, w której śmierć osobnika następowała w okresie podniecenia, — inną, w której osobnik umierał stopniowo, zamierając bez jakichś dających się stwierdzić klinicznie objawów.

Odpowiednio do tego podaję dwie tablice (str. 225).

Jakież więc wnioski możemy z tego wszystkiego wyprowadzić?

Przedewszystkiem widzimy, iż z wyjątkiem przypadków IV i XXI w razie śmierci chorych umysłowych bez widocznej klinicznie i sekcyjnie przyczyny, stwierdzić możemy zawsze przy badaniu histologicznem zmiany w kilku gruczołach wewnętrznego wydzielania, które nam mówią o zmniejszonej czynności tych gruczołów.

Sprawa ta jest zasadniczej wagi. Ustrój, w którym gruczoły wewnętrznego wydzielania nie są sprawne, w którym naruszona jest równowaga między tymi gruczołami ustrój taki jest mniej odporny.

Już w pracy swojej: »Przyczynki z dziedziny anatomii i embryologii, histologii normalnej i patologicznej do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi« zwracałem uwagę na ścisłą łączność gruczołów wewnętrznego wydzielania z temi chorobami.

Szereg autorów idzie dalej, dopatrując się nawet w zmianach, znajdowanych w gruczołach wydzielania wewnętrznego u osobników umysłowo chorych, głównej przyczyny, która ich usposobiła do choroby umysłowej. Sergent i Bernard omawiają objawy kliniczne niedomogi gruczołów wewnętrznego wydzielania w związku z zaburzeniami psychicznemi, Laignel Lavastine wyraża zdanie, iż astenia psychiczna zależy od niedomogi komórek lecytynowych kory nadnercza, a bezwola (abulia) od zmniejszonego napięcia w układzie tętniczym, spowodowanego niedomogą wydzielniczą istoty rdzeniowej nadnercza. Zdanie to podzielają James, Lange, Klippel, Dumas i inni.

Sabrazés i Husnot są tego zdania, że niemałą rolę w patogenezie otępienia starczego odgrywa nadmierna czynność komórek kory nadnercza. Riedel, Claude i Schmerger mówią o stałem występowaniu większych ilości tłuszczu w komórkach tarczycy, oraz koloidu bazochłonnego przy różnych psychozach. Citelli stawia w związku ze zmianami w przysadce niemożność skoncentrowania myśli, osłabienie inteligencyi i senność.

Takich różnych poglądów, mniej lub więcej umotywowanych, jest dużo.

Nie ulega wątpliwości jedno, że przy chorobach umysłowych często, znacznie częściej, niż u osobników umysłowo zdrowych, spotykamy wrodzone lub nabyte zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania, co zresztą widzimy i z moich przypadków. Nie chcę rozstrzygać, czy od zmian tych zależy sama choroba umysłowa, w każdym razie musimy się zgodzić na to, że przy niedomodze kilku gruczołów wewnętrznego wydzielania, które według Lundborga mają za zadanie regulowanie rozwoju i czynności układu nerwowego, wytwarza się siłą rzeczy w ustroju równowaga niestała, która łatwo może być naruszona.

Dlatego też chorzy umysłowo częściej umierają, niż umysłowo zdrowi, bez widocznej klinicznie i sekcyjnie przyczyny.

Jeżeli w ustroju o niestałej równowadze gruczołów wewnętrznego wydzielania wystąpią objawy, powstałe już czysto na tle choroby umysłowej, jak nadmierne podniecenie, bezsenność, nadmierna ruchliwość, niedostateczne nieraz odżywianie się, wreszcie nawet bezruch niektórych katatoników, to łatwiej dochodzi do wyczerpywania się tych schorzałych już gruczołów.

Nieznaczne objawy nieżytu jelit, jak w przypadkach XXII., XXIII., XXV., XXVII., XXXI., już mogą doprowadzić do wyczerpania n. p. układu chromochłonnego. W jednej z poprzednich prac wykazałem, iż wogóle schorzenia przewodu pokarmowego stawiają układowi chromochłonnemu zwiększone wymagania. W przypadkach niedokształcenia tego układu nie może on tym wymaganiom odpowiedzieć przy zwiększonem zapotrzebowaniu.

Taksamo i inne gruczoły wewnętrznego wydzielania nie mogą odpowiedzieć odpowiednią czynnością wydzielniczą u osobnika, u którego albo są one wskutek zmian w nich zaszłych zmienione, albo u którego, jak naprzykład u katatonika, przebywającego nieraz tygodnie w bezwładzie i w bezruchu, jakgdyby uśpione.

Nie zdarzało mi się nigdy w poprzednich badaniach u ludzi umysłowo zdrowych znaleść naprzykład takiego braku komórek eozynochłonnych w przysadce, jak u chorych umysłowych. Czy brak ten nie jest w związku z pewnym stopniowym zanikiem życia wegetatywnego danego osobnika i czy nie jest już bezpowrotnym, to znaczy, czy nie może się zdarzyć, iż, w razie zapotrzebowania, komórki te nie są już zdolne odradzać się, nie są w stanie wydzielać? — odpowiedzieć na to z zupełną pewnością jest trudno, przypuszczenie to jednak nasuwa się siłą rzeczy. Odnośnie, n. p. do komórek bazochłonnych, to prawie nigdy u ludzi umysłowo zdrowych nie mogłem ich znaleść w takiej ilości w przysadce, jak u umysłowo chorych. Obecność tych komórek w przysadce będzie przedmiotem osobnej pracy, tu tylko mimochodem o tem wspominam, aby wykazać, że sama choroba umysłowa bądź wywołuje pewne zmiany w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, bądź stoi w związku z temi zmianami. Dziś byłoby przedwczesnem rozstrzygać te rzeczy. Dziś jedynie możemy stwierdzić, że niezrozumiała śmierć u osobników umysłowo chorych musi stać w jakimś związku ze schorzeniem lub nieprawidłową czynnością gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i że drobiazgowe histologiczne badanie tych gruczołów w takich niewyjaśnionych przypadkach może nam dużo wyjaśnić.

Jeżeli rzucimy okiem na tablice, to widzimy, iż najczęściej zmiany wrodzone lub nabyte spotykamy w nad-

Przypadki śmierci w podnieceniu.

Liczba przypadku	Wiek i płeć	Zmiany patologiczne w:						Uwagi
		nadnerczach	przysadce	tarczycy	gruczołach przytarczycznych	gruczołach płciowych	grasicy	
1	K. 28	Nabyte	Wrodzone i nabyte					
2	K. 40	Wrodzone i nabyte	Wrodzone					
3	K. 38	Nabyte	Nabyte			Nabyte		
4	K 40	Wrodzone i nabyte						
5	M. 37	Nabyte	Nabyte					
6	K. 32	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte			
7	K. 50	Nabyte			Nabyte	Nabyte		
8	K. 23	Nabyte	Nabyte	Nabyte				
9	K. 38	Wrodzone i nabyte		Nabyte			Wrodzone	Status thymico-lymphaticus
10	K. 18	Wrodzone i nabyte			Nabyte		Wrodzone	Status thymicus
11	K. 43	Wrodzona i nabyte		Nabyte		Nabyte		
12	M. 33	Nabyte	Nabyte	Nabyte				
13	K. 33	Nabyte	Nabyte					
14	K 32	Wrodzone i nabyte	Wrodzone i nabyte					
15	K 36	Wrodzone i nabyte	Wrodzone i nabyte	Nabyte				
16	K. 18	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Wrodzone				
18	K. 48	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte			
20	K. 34	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Nabyte	Wrodzone? Nabyte?	Nabyte		
24	M. 27	Nabyte					Nabyte	Status thymico-lymphaticus secundarius
25	M 33	Wrodzone i nabyte	Wrodzone					Colitis chronica pigmentosa
26	K. 19	Wrodzone i nabyte		Nabyte			Wrodzone	Status thymico-lymphaticus
28	M. 35	Wrodzone i nabyte		Nabyte				
29	M. 32	Nabyte	Nabyte					
30	M. 32	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Wrodzone i nabyte		Dystrophia adiposo-genitalis?
32	M. 18	Wrodzone i nabyte	Nabyte					

Przypadki śmierci bez podniecenia.

Liczba przypadku	Wiek i płeć	Zmiany patologiczne w:					Uwagi
		nadnerczach	przysadce	tarczycy	gruczołach przytarczycznych	trzustce	
17	M. 49		Nabyte	Nabyte	Nabyte	Wrodzone? Nabyte?	Diabetes mellitus?
19	M. 30	Wrodzone		Nabyte			
21	M. 44	Nabyte					
22	K. 30	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Colitis chronica pigmentosa
23	M. 30	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte		Colitis chronica pigmentosa
27	M. 30	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Wrodzone	Wrodzone? Nabyte?		Colitis pigmentosa chronica
31	M. 30	Nabyte	Nabyte		Nabyte		Colitis pigmentosa chronica

nerczach, następnie w przysadce, rzadziej w tarczycy, gruczołach przytarczycznych, trzustce, grasicy.

Mógłby mi ktoś zarzucić, że z takiemi zmianami spotkać się możemy nie koniecznie na sekcyi, że te zmiany w tarczycy naprzykład wywołują pewien obraz kliniczny, zupełnie wyraźny i określony, z którym osobnik może żyć lata całe.

Odpowiedzieć na to muszę, iż z wyjątkiem nagłego wyczerpania działalności komórek chromochłonnych w istocie rdzeniowej nadnerczy, które samo przez się może wywołać śmierć osobnika, gdyż pozbawia go niezbędnego dla życia tonizowania ustroju, wszelkie schorzenia oddzielnych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu dopóty nie zagrażają życiu, dopóki drogą korrelacyi są odpowiednio równoważone przez inne gruczoły. Z chwilą jednak, gdy kilka gruczołów wykazuje zmniejszoną, osłabioną czynność, gdy komórki ich, może nawet pod wpływem tej nieznanej przyczyny w ogólnej przemianie materyi, która wywołała chorobę umysłową, nie są zdolne podjąć na nowo swojej czynności, wtedy życie może gasnąć jak świeca, bez widocznej po temu przyczyny. I to właśnie widzimy w przypadkach stopniowego zamierania chorego. Przy podnieceniu ruchowem chorego należy uważać za bezpośrednią, a może nawet wyłączną przyczynę śmierci wyczerpanie układu chromochłonnego nadnerczy, które już nieraz rozwojowo wykazują niedokształcenie. Natomiast przy nieobjaśnionej śmierci u chorych bez podniecenia ruchowego prawie wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania znajdują się w zmniejszonej czynności, prawie wszystkie, jak to widzimy z tablicy, wykazują mniej intensywne działanie.

Ta hypofunkcya szeregu tych gruczołów nie może siłą rzeczy nie wpływać na ogólną życiową zdolność ustroju. Gdy wewnętrzne regulatory tego ustroju słabną, gdy zaczynają gorzej pracować, ustrój musi zamierać, gdyż niema źródeł, z których czerpie swą energię życiową.

I to też jest i musi być ostateczną przyczyną, powodującą śmierć u takich osobników.

Potwierdzenie tego przypuszczenia wymaga jeszcze wielu badań i ścisłej analizy spostrzeganych przypadków, wydaje mi się jednak, iż jestto najwłaściwsza droga dla rozstrzygnięcia.

Przed jednem tylko ostrzegam: nie wolno badać jednego tylko gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, gdyż pociąga to za sobą szereg błędów we wnioskowaniu. W każdym poszczególnym przypadku musimy zbadać wszystkie gruczoły i ściśle zanalizować ich współpracę, ewentualnie osłabienie tej współpracy.

Wrzesień 1915 r.

Spostrzeżenia dotyczące cholery w r. 1915.

Podał

Dr Władysław Dziewoński.

(Ciąg dalszy).

Bezgłos choleryczny stwierdziliśmy u 21 chorych; z nich umarło 13. Bezwątpienia było więcej przypadków, gdyż niektórzy, bardzo osłabieni, żadnych odpowiedzi na pytania nie dawali.

Czkawkę stwierdziliśmy u 12 chorych; z nich tylko tych 3 zostało przy życiu, u których czkawka była zaledwie zaznaczona. Spazmatyczny ten kurcz, głośny, słyszalny w całej sali, bywał rozmaitej częstości; pamiętamy chorego z epidemii jesiennej, u którego występował 2—3 i więcej razy w minucie, dzień i noc trwało to około 3 dób. U wszystkich obecnie chorych była czkawka lekkiego stopnia. W rokowaniu jest czkawka ważnem zjawiskiem, ma znaczenie bardzo niepomyślne, zwykle jest zwiastunem stanu durowatego i jego towarzyszem.

Pomarszczenie skóry na palcach rąk i nóg (skóra praczek) stwierdziliśmy u 8 chorych; z nich 3 umarło. Pamiętam chorego z epidemii zimowej, u którego pomarszczenie skóry palców nóg (przy wielkiej sinicy i zupełnem obniżeniu ciepłoty) przypominało palce mumii egipskich (umarł).

Sinicę rozległą, niemal całego ciała, stwierdziliśmy u 16 chorych; z nich 10 umarło. Sinica ograniczona do palców nóg, paznokci rąk, jest zjawiskiem częstem.

Stan katatoniczny stwierdziliśmy u 2 chorych w kończynach górnych (z nich jeden umarł). Podczas jesiennej epidemii było więcej przypadków z takimi objawami, także i w kończynach dolnych. Katatonia pojawia się w okresie durowatym, gdy przytomność jest bardzo zajęta. Częściej pojawia się w kończynach górnych, rzadziej w górnych i dolnych i nie trwa długo: — godziny. Nie jest ona znamienna dla cholery; widzieliśmy ją także w przebiegu duru osutkowego (chory ten wyzdrowiał); dowodzi tylko wielkiego przyćmienia przytomności.

Kurcze stwierdziliśmy w szpitalu tylko u 7 chorych. U jednego chorego w 2. dniu choroby wystąpił kurcz w kończynie górnej prawej, przyczem palec średni był kurczowo zgięty, inne kurczowo wyprostowane. Napad taki raz się pojawił, trwał chwilę. U drugiego chorego w 3. dniu choroby był kurcz w obu łydkach (chory ten wyzdrowiał); u trzeciego w pierwszej dobie choroby kurcz w obu łydkach raz jeden (umarł); u czwartego w pierwszym dniu przybycia, a niewiadomym choroby, częste bolesne kurcze w łydkach (wyzdrowiał); u piątego chorego w pierwszym dniu choroby i przybycia do szpitala bolesne włókienkowe kurcze w mięśniach kończyn górnych i dolnych, zwłaszcza w zginaczach lewego przedramienia i prostownikach lewego uda (umarł w 2. dniu choroby); u szóstego w 5. i 6. dniu choroby częste kurcze w łydkach; u siódmego w 4. dniu choroby kurcze w łydkach (obaj wyzdrowieli).

Kurcze pojawiają się więc najczęściej w łydkach, w różnych dniach choroby, najczęściej w pierwszych; kurcze te (zwłaszcza w łydkach) są nieraz tak bolesne, że chory oddziaływa głośnym krzykiem. Z reszty chorych, u których nie stwierdzono w szpitalu kurczów, wielu miało je podobno przed przyjściem do szpitala; u kilku wcale nie wystąpiły.

Stan durowaty spostrzegaliśmy w jednym przypadku.

Przypadek ten przedstawiał typowy przebieg stanu durowatego cholerycznego nie powikłanego. Czkawka, »wielkie« oddychanie, śpiączka, twarz zaczerwieniona, tętno wolniejsze, pełne, dobrze, nieraz silnie napięte, stan podgorączkowy lub gorączkowy, zupełny brak sinicy, ciało ciepłe, szczególny uśmiech na twarzy (który często widywaliśmy w stanach durowatych w epidemii zimowej), katatonia, (czasem) uczucie błogości (chory nieraz przez sen nuci, zagadnięty uśmiecha się), poprawa w ciągu choroby, która tak bardzo nieraz łudzi lekarza, niemal zawsze zwodniczo; oto w grubszych zarysach obraz stanów durowatych, spostrzeganych w naszym szpitalu. W wybitnym stanie durowatym nigdy nie widzieliśmy zejścia pomyślnego. Spostrzegaliśmy też objawy stanu durowatego dość wybitne u 6 chorych, wszyscy umarli; u 2 zaznaczone, ci 2 wyzdrowieli. Głębokie oddechy i śpiączkę widzieliśmy u niektórych chorych w 3—4. dniu choroby; stan taki przypomina stan durowaty, ale różni się od niego brakiem podwyższenia ciepłoty, napięciem tętna, brakiem czkawki.

Cholera u rannych.

Z 197 chorych na cholerę było 31 rannych, z nich 29 miało rany postrzałowe. Żaden z nich nie przybył zaraz po zranieniu do szpitala, ale w czas jakiś, dopiero wskutek pojawienia się cholery; przedtem chorzy ci umieszczeni

byli w szpitalach dla rannych. Z owych 31 rannych było 27 rannych ciężko, a 4 lekko.

Z 4 lekko rannych 2 przebyło cholerę ciężką, a 2 biegunkę choleryczną; wszyscy wyzdrowieli.

Z 27 ciężko rannych stwierdzono postrzał płuca u 6 (u jednego jeszcze złamanie obojczyka i kości ramiennej lewej), brzucha u 2, uda ze złamaniem u 6, ramienia u 4, goleni u 5, twarzy u 1, kości drobnych u 1, obojczyka u 1, złamanie żeber u 1. Rany ropiejące i septyczne stwierdzono u 17.

Gorączka ropna pod wpływem zakażenia cholerycznego zachowywała się dość charakterystycznie, tak, że jakkolwiek materyał nasz jest niezbyt duży, to jednak można z niego wysnuć pewne wnioski.

Cechą istotną cholery jest, jak wiadomo, obniżenie ciepłoty (mierzonej pod pachą). Im zakażenie choleryczne silniejsze, im przebieg cholery cięższy, tem ciepłota niższa; im zaś zakażenie lżejsze, a przebieg łagodniejszy, tem obniżenie ciepłoty mniejsze. W niektórych n. p. przypadkach lekkiej biegunki cholerycznej wcale nie widzieliśmy subnormalnej ciepłoty, lecz prawidłową, stale około 36,9⁰.

Przeciwnie ropienia zawsze przebiegają z gorączką; im zakażenie ropne silniejsze, tem zwykle gorączka wyższa. Chory więc na gorączkę przyranną, ropną i równocześnie na cholerę stoi co do ciepłoty pod wpływem działania dwóch wzajemnie się zwalczających czynników. Z dokładnego zestawienia przebiegu cholery u rannych, którego tu dla braku miejsca nie mogę przytaczać, doszedłem do wniosków następujących: W biegunce cholerycznej odnosi się wrażenie, że wpływ zakażenia cholerycznego, obniżającego ciepłotę, podwyższoną przez zakażenie ropne, jest słaby; tylko w cięższych ropieniach gorączka bierze górę. W cholerynie wpływ obniżający ciepłotę jest wybitniejszy, niż w biegunce; wyjątek stanowią ciężkie ropienia przy lekkiem zakażeniu cholerycznem; w tych przypadkach gorączka bierze górę. W cholerze ciężkiej bierze górę zazwyczaj zakażenie choleryczne, powodując obniżenie ciepłoty mimo trwania czynników, wywołujących gorączkę. Wogóle widzimy, że się tak wyrażę, rywalizacyę zakażeń: zwycięża silniejsze.

Zakażenia mieszane i powikłania.

Nieżyt oskrzeli stwierdziliśmy u 3 chorych; był on lekki, większego wpływu na przebieg cholery nie wywarł.

Zmiany w szczytach płuc znaleźliśmy u 4 chorych, nieznaczne, ograniczone do jednego szczytu. U wszystkich tych była cholera lekką, wszyscy wyzdrowieli. Po przejściu cholery podano im dobrą, pożywną dyetę i zalecono pobyt w parku; stan wszystkich bardzo się poprawił.

Obrzęk śledziony (zimniczy), stwierdzony u jednego chorego, szybko po podaniu chininy ustąpił.

Dur brzuszny stwierdzono u 5 chorych. Jeden z nich przybył w agonii z innego szpitala, z bakteryologicznie stwierdzoną cholerę i durem, a nadto z przerzutowem zapaleniem obu gruczołów przyusznych i po paru godzinach (3) umarł.

Cztery inne przypadki zasługują na krótki chociaż opis:

1). G. I. l. 24., przybył 1/6, 1915 w 7. dniu choroby; ustalono rozpoznanie: choleryna. W stolcu stwierdzono bakterye durowe obok cholerycznych; Widal $^1/_{40}$. Od dnia przybycia przez 18 dni gorączka do 39; ponad 36 tylko 2 razy, w 8. dniu choroby 39·6 i 10. dniu 39·2. Biegunki właściwie nie było; raz tylko w 9 dniu choroby 5 stolców i w 13. dniu 4, zresztą zawsze 1—2 stolce dziennie, płynne, żółte, z grudkami śluzu. W moczu białko 1⁰/₀₀. Chory wyzdrowiał. Przebieg tak cholery jak i duru lekki.

2). A. A. l. 21 przybył do szpitala 20/6 w 2. dniu choroby: rozpoznano biegunkę choleryczną. Przebieg cholery bardzo lekki. W szpitalu tylko przez 2 dni biegunka. 2/7, a więc w 12 dni po przybyciu do szpitala rozpoczął chory gorączkować odrazu wysoko 40·3, T. 90. Gorączka trwała do 18/7, a więc 17 dni, 7 razy wieczór stwierdzono wyżej 39⁰. Dnia 10/7 pojawiła się różyczka durowa, 15/7 rozpoczęła znikać. 6/7 Widal $^1/_{600}$. 7/7 i 10/7 wykryto prątki durowe w stolcu, 8/7 wyhodowano prątki durowe z krwi. Przebieg więc duru był lekki; zakończył się wyzdrowieniem.

3). M. J. l. 23, przybył do szpitala 9/8, w 3. dniu choroby: rozpoznano biegunkę choleryczną, która w szpitalu trwała 4 dni, razem 7 dni. W szpitalu 4—5 stolców dziennie, z początku brunatnych płynnych, później żółtych płynnych. W moczu nie było białka i odczynu dwuazowego, ciepłota zawsze wyżej 36, T. 44—60. Dnia 14/8 wieczór 37·9⁰ — odtąd wznosi się zwolna codzień wyżej, dochodząc 22—24/8 R. 38 W. 40; poczem zwolna, lecz stale opada: po upływie 27 dni na stałe ustępuje. 26/8 skąpa różyczka, 29/8 - 31/8 stolce grochowe, 2—3 dziennie. 25/ Widal o $^1/_{640}$. 27/8 wyhodowano prątki z krwi. 30/8 odczyn dwuazowy ujemny, 31/8 bardzo słaby, raczej ujemny. Przebieg więc cholery lekki, duru średniego nasilenia.

4). T. A. l. 23 przybył do szpitala 19/9 w 5. dniu choroby z objawami i cholery i duru — nadto ranny; postrzał uda lewego z pozostaniem kuli pod powięzią (kulę później przez nacięcie usunięto). Przeciw cholerze szczepiony w maju 1915; przeciw durowi podaje, że także był szczepiony. Rozpoznano cholerę ciężką (»post hoc»).

19/9 C. 38·2 T. 130 słabo napięte — wymioty kilka razy, stolców 6, ryżowe, bezmocz. 20/9 R. C. 35·9 T. 96, W. C. 37·7 T. 130 drobne, ustawiczne wymioty, stolców 9 ryżowych, bezmocz, czkawka. 21/9 R. C. 36·5 T. 96, W. C. 37·6, T. 106, drobne, wymioty raz, 9 stolców wodnistych żółtych, chory oddał 300 gr. moczu. białkomocz, czkawka. 22/9 R. C. 35·4, T. 94, W. C. 35·3 T. 104, wymiotów niema, 16 stolców ryżowych, tętno ledwie wyczuwalne, wieczorem lepsze, chory śpiący, apatyczny, oddycha głęboko, wolno. 23/9 R. C. 36·6 T. 105 W. C. 37·6, T.110, wymiotów niema, 8 stolców ryżowych, tętno dobre, chory nie śpiący, oddycha prawidłowo, w moczu dużo białka; ropień po jednej z hypodermokliz. 24/9 R. C. 37·0, T. 96, W. C. 37·4, T. 100. stolce żółte — ogólny stan dobry, w moczu białko, odczyn dwuazowy ujemny.

Ten okres czasu uważamy za przebieg cholery. Odtąd, aż do 7/10 po 2 stolce dziennie, wyjątkowo 4/10 i 5/10 po 5. Ciepłota od 25 do 28 R. 37·2, W. 37·7—38·9, od 29/9 do 4/10 R. 38·1—39·4, W. 38·5—40·, tętno około 100. 3/10 popoł. wstrzyknięto szczepionkę przeciwdurową 0·25, od 5/10 nagle stan bezgorączkowy i początek zdrowienia. Prątki durowe wykryto w stolcu obok cholerycznych, 2/10 wykryto tylko durowe, cholerycznych nie znaleziono.

W przypadku pierwszym i czwartym przebiegała cholera równocześnie z durem; w pierwszym było zakażenie choleryczne lekkie, w czwartym ciężkie. Chory pierwszy gorączkuje przez cały czas; u chorego czwartego utrzymuje się stan podgorączkowy przez pierwsze 3 dni, dopiero dnia 22/9, gdy nasilenie choroby niejako do szczytu dochodzi, gdy prócz wielkiej ilości stolców występują lekkie objawy durowate, gorączka znika, a nawet ciepłota spada poniżej poziomu prawidłowego, później zaś znów powraca w miarę słabnięcia cholery. Widać i tutaj pewne podobieństwo w zachowaniu się ciepłoty z przypadkami zakażenia ropnego.

U dwóch innych chorych dur rozwija się już po cholerze w okresie zdrowienia.

Wszyscy chorzy wyzdrowieli, taksamo, jak wyzdrowieli dwaj podczas epidemii jesiennej, u których spostrzegaliśmy cholerę równocześnie z durem.

Dysenterya: Zakażenie mieszane cholerą i czerwonką stwierdziliśmy w 2 przypadkach.

W. O. l. 31, ciężko ranny przybył 9/9 w 3. dniu choroby; rozpoznano biegunkę choleryczną. 9/9 stwierdzono w stolcu tylko prątki choleryczne. Przebieg łagodny, 2—3 stolce dziennie przez 3 dni. 12/9 rano stolec już formujący się; popołudniu obok stolca krwawy śluz; w nocy z 12/9—13/9 bardzo liczne typowe stolce śluzowo krwawe; 13/9 rano wstrzyknięto 40 cm³ surowicy przeciwczerwonkowej wyrobu Bujwida. Badanie stolców wykryło prątki typu Shiga. 14/9—7, 15/9—3, 16/9—2 stolce, później 1. Ciepłota 11/9—13/9 37·5, 14/9 40, 15/9 38·3, 16/9—17/9 37·5.

U drugiego chorego nie było klinicznych objawów dysenteryi. wyhodowano jednak bakterye dysenteryczne.

U 2 innych chorych stwierdzono klinicznie wszelkie objawy dysenteryi, u jednego po ustąpieniu objawów cho-

lery, u drugiego w 5. dniu trwania cholery, jednakże badanie bakteryologiczne co do dysenteryi było ujemne. Obu wstrzyknięto surowicę przeciwczerwonkową i obaj wyzdrowieli.

Wreszcie u jednego chorego w 10. dniu cholery wśród poczynającego się zdrowienia wystąpiły objawy czerwonki; mimo energicznego leczenia (70 cm³ surowicy) chory po 2 tygodniach umarł. Badanie bakteryologiczne stolców nie wykazało prątków czerwonkowych, sekcya jednak wykazała rozległe dyfterytyczne owrzodzenia jelita grubego.

Podczas epidemii jesiennej na 180 chorych spostrzegaliśmy stwierdzoną bakteryologicznie czerwonkę obok cholery u 2 chorych; z nich jeden umarł.

Zapalenie płuc krupowe pod koniec cholery ciężkiej stwierdziliśmy u chorego l. 31 liczącego (wyzdrowiał).

Stany gorączkowe niejasnej przyrody (pominąwszy przelotne stany podgorączkowe w okresie zdrowienia, o których poprzednio była wzmianka) spostrzegaliśmy u 4 chorych. Gorączki te, występujące w 2-5. tygodniu po wyzdrowieniu z cholery, a trwające 13—20 dni, nie miały, jak się zdaje, nic wspólnego z cholerą. Przyczyny tych gorączek nie powiodło się wykryć. W jednym z tych przypadków cały przebieg przemawiał za durem, ale próba Widala i odczyn dwuazowy wypadły ujemnie, a prątków durowych hodowla nie wykryła.

Z powikłań i spraw następowych, stojących w związku przyczynowym z cholerą, spotykaliśmy zapalenie ślinianek przyusznych, zapalenie pęcherza, zatrzymanie moczu, zaburzenia psychiczne, osutkę, krwotoki, ropnie.

Zapalenie ślinianek przyusznych spostrzegaliśmy u 2 chorych na cholerę ciężką, u jednego w 8. dniu od zaczęcia się cholery, u drugiego w 14. dniu. Obydwaj gorączkowali do 39°, u obu zapalenie było obustronne, zejście pomyślne bez ropienia. Podczas epidemii jesiennej zapalenia ślinianki przyusznej spostrzegaliśmy kilka przypadków, a ropienie niemal we wszystkich; powikłanie to pojawiało się pomiędzy 6—14. dniem, zawsze z gorączką, najczęściej po przebytej cholerze ciężkiej, częściej obustronnie.

Zapalenie pęcherza nastąpiło u jednego chorego na cholerę ciężką, u drugiego z choleryną. Niedługo po podaniu urotropiny mocz się wyjaśnił, tak że nie uciekaliśmy się do przepłukiwań. W jednym przypadku próbowano z moczu wyhodować zarazki cholery, lecz bez skutku. Podczas epidemii jesiennej częściej spostrzegaliśmy zapalenie pęcherza: w jednym przypadku trwało długo i dopiero energicznem leczeniem zdołano je usunąć.

Zatrzymanie moczu zdarzyło się u 2 chorych na cholerę ciężką. Nietrudno je odróżnić od bezmoczu cholerycznego przez proste położenie ręki na okolicę pęcherza; z początku tylko odróżnienie trudniejsze, gdy ilość moczu w pęcherzu mała. U obu chorych musiano mocz odprowadzać cewnikiem, ale krótko, gdyż po 1—2 dniach powikłanie to ustąpiło.

Krótko trwające zaburzenia psychiczne spostrzegaliśmy u 2 chorych, u jednego z nich z natury nerwowego.

Osutkę choleryczną (Choleraexanthem) widzieliśmy u 2 chorych, jednego w 9—10. dniu choroby, drugiego w 12. dniu. U obu najpierw pojawiła się wysypka na łokciach, poczem na ramionach, przedramionach, piersiach, stopach, kolanach, pośladkach, rękach i brzuchu. Były to plamy barwy żywo czerwonej, nieco wyniosłe, z początku drobne, później większe, w końcu nawet zlewające się, zwłaszcza w miejscach wystawionych na ucisk (pośladki, łopatki, łokcie). Wysypka ta żywością barwy jest bardzo charakterystyczna. U obu chorych trwała niecałe 3 dni.

Podczas epidemii jesiennej na 180 chorych spostrzegaliśmy tę wysypkę również 2 razy — 1·06%, o takim samym typie pokrzywkowym, który jest najczęstszy; również po 3 dniach śladu osutki już nie było.

Krwotoki widzieliśmy dwa: jeden nosowy, drugi płucny. Chory po krwotoku płucnym umarł na cholerę; sekcya nie wykazała żadnych zmian w płucach, mogących być przyczyną krwotoku, natomiast wybitne zapalenie nerek, trzeba więc raczej tutaj szukać przyczyny krwotoku. Bardzo niemiłem powikłaniem są ropnie po hypodermoklizach. Mimo wielkiej uwagi zdarzyły się u 5 chorych: u wszystkich była nieznaczna gorączka, która zaraz po nacięciu ustąpiła. Wszyscy ci chorzy wyzdrowieli.

U niektórych chorych było kilka powikłań.

Ze wszystkich powikłań jedynie rany wywarły zły wpływ na przebieg cholery.

Śmiertelność.

Z chorych na cholerę umarło razem 35 (17·77%), z nich jednak 3 umarło z posocznicy, 2 z ropnia płuca, a 1 na czerwonkę. Prócz tego u 2 chorych przyczyną śmierci była obok cholery i posocznica; tych liczę jako zmarłych na cholerę. U jednego chorego, u którego rozpoznano cholerynę, — która zazwyczaj nie wiedzie do śmierci, a której przebieg był tu łagodny: w szpitalu chory zupełnie nie wymiotował, biegunka nieznaczna, 3—4 stolce dziennie, ciepłota stale 36—37, tętno zawsze dobre, — jest przyczyna śmierci nie jasna; (w 4. dniu choroby zaczął się chory żalić na bóle głowy, w 5. dniu pojawiła się nieznaczna gorączka, w 6. dniu lekkie zaczerwienienie skóry w miejscu hypodermoklizy, ciepłota spadła na 37°, 7. dnia śmierć); i tego jednak chorego zaliczam do zmarłych na cholerę.

Z ogólnej liczby chorych na cholerę w czasie epidemii letniej, t. j. 197, umarło więc z tej choroby 24=14·7%. W epidemii jesiennej (1914) ze 180 chorych zmarło 58=37·7%. Zesumowawszy obie epidemie wypada na 376 chorych śmierci 103=27·3%. Objęte są tu tylko przypadki bakteryologicznie stwierdzone.

Z 52 chorych na cholerę ciężką (w epidemii letniej 1915) umarło 28=53·8%.

O ile można sądzić z doświadczenia, jakie zebraliśmy w obu epidemiach, jesiennej 1914 i letniej 1915, podlegają żołnierze rosyjscy stosunkowo rzadziej cholerze ciężkiej, niż innym postaciom cholery, w razie jednak rozwinięcia się objawów cholery ciężkiej przetrzymują ją daleko rzadziej. Nigdy nie zapomnę strasznego dnia (drugie święto Bożego Narodzenia) 1914 r. podczas epidemii jesiennej; przybyło wtedy 11 młodych, silnych jeńców rosyjskich, wszyscy chorzy na cholerę ciężką: z nich jeden tylko pozostał przy życiu pomimo wszelkich wysiłków leczniczych.

Epidemia letnia 1915 r. była co do śmiertelności bez porównania lżejszą od jesiennej 1914; czy ma tu znaczenie przewaga chorych Rosyan, czy ciepła pora roku, czy fakt, że epidemia letnia 1915 była dalszym ciągiem jesiennej 1914, że ta zaraza, przezimowawszy na terenie galicyjskim, osłabła, trudno rozstrzygać.

Śmiertelność cholery ciężkiej niewiele różni się w naszym materyale od znanych statystyk. Według Jochmanna wynosi śmiertelność w cholerze ciężkiej 50—60%, według Kollego podczas epidemii indyjskiej wynosiła 62%, a epidemii w Kiogo 1902 r. 75%.

Niekorzystny wpływ na zejście wywiera wiek chorych, wątła budowa ciała i złe odżywienie. Z zestawienia naszego wynika n. p., że z 25—30-letnich chorych na cholerę ciężką zmarło 40%, z 30—35-letnich 72% i t. p., że z dobrze zbudowanych i odżywionych zmarło 47·6%, z miernie zbudowanych i odżywionych 70% i t. d.

Cholera u szczepionych.

Pierwotne sposoby szczepienia (Ferran, Haffkine) osłabionym, ale żywym zarazkiem, dziś zarzucono. Twórcą obecnego sposobu szczepień zapomocą wstrzykiwań zawiesiny hodowli, zabitych w łaźni wodnej, jest Kolle.

Szczepienia armii greckiej, dokonane podczas wojny bułgarsko-greckiej w 1913 r. za staraniem naczelnego lekarza C. Sarasa (Wien. klin. Wochenschrift 27/7 1914) dowiodły w całej pełni skuteczności szczepień. Dowiodła jej również obecna wojna, w której ilość zachorowań na cholerę w armiach państw centralnych jest znikomo mała. Żołnierze zaś armii austro-węgierskiej i niemieckiej wszyscy

są szczepieni. Zapewne także są szczepieni żołnierze innych armii. Co do rosyjskich, to z opowiadań jeńców, leczonych u nas, wynika, że u nich szczepień nie dokonywano.

Z 377 chorych, leczonych przez nas w czasie obu epidemii, było dawniej szczepionych 34; najkrótszy czas pomiędzy szczepieniem a zachorowaniem wynosił 7 dni, najdłuższy $5^1/_2$ miesięcy. Jeden chory był szczepiony 4 razy, jeden 3 razy, 23 dwa razy, 8 jeden raz, jeden niewiadomo. Z nich umarło $7 = 20{\cdot}06\%$, w stosunku zaś do ogólnej liczby $377 = 1{\cdot}85\%$.

Uderzającem było, że ze szczepionych, leczonych podczas epidemii jesiennej, a więc wkrótce (do 4 tygodni) po pierwszych szczepieniach, żaden nie umarł.

Za szczupły jest nasz materyał, by silić się na jakieś pewniejsze wnioski; nie można jednak oprzeć się wrażeniu, że odporność wytworzona przez szczepienie jest w pewnym stopniu indywidualną; u niektórych wcale się nie wytwarza, u niektórych słabo, u znacznej jednak większości wytwarza się wybitnie.

Oprócz tych 44 dawniej szczepionych było 14 zaszczepionych, którzy jednak zostali zaszczepieni albo w okresie wylęgania, albo już jako chorzy na cholerę. Przy masowych transportach jeńców szczepiono ich na cholerę natychmiast czy to w szpitalach, czy w stacyach dla chorych, czy też w innych zakładach sanitarnych. Zaszczepienie więc w okresie wylęgania lub w początkach objawów było zupełnie możliwe.

Z tych 14, zaszczepionych w okresie wylęgania (8), lub wśród pierwszych nieznamiennych objawów (6), zmarł tylko jeden chory, i to nie z cholery, ale z posocznicy; u żadnego też nie doszło do rozwinięcia się ciężkiej cholery, lecz tylko była biegunka choleryczna (5) lub choleryna (9).

Czy przypisać to zbiegowi okoliczności, czy też działaniu leczniczemu szczepionki, trudno rozstrzygać wobec szczupłości materyału. W każdym razie zdaje się, że szczepienie zakażonego lub już chorego na cholerę nie przynosi mu szkody, a wobec tego należałoby robić próby lecznicze tego rodzaju.

Leczenie.

Może niema drugiej choroby, w którejby ocena skuteczności stosowanego leku lub metody napotykała na tak wielkie trudności, jak właśnie w cholerze. Przyczyny tego są różne. Biegunka choleryczna i choleryna są postaciami łagodnemi, z reguły kończącemi się szczęśliwie w paru dniach w przypadkach niepowikłanych. Widzimy jednak, że te postacie dopiero »post hoc« określić można, bo niejednokrotnie cholera ciężka rozwija się z biegunki lub choleryny. Skuteczność więc jakiegoś leku, zastosowanego w biegunce i cholerynie, nie jest pewną, bo te dwie postacie i bez leków, jedynie przy leżeniu w ciepłem łóżku i zachowaniu płynnej dyety, szczęśliwie się kończą. Ale i w cholerze ciężkiej niejednokrotnie chory siny, bez tętna, w zupełnym zapadzie będący, szybko zdrowieje, przeciwnie inny, względnie nie najgorzej się mający, ginie. Można więc w pierwszym przypadku zastosowanej metodzie lub lekowi mylnie przypisywać skuteczność.

W przebiegu cholery odgrywa indywidualność chorego (jego ogólny stan zdrowia, sił, odżywienia, wiek itd.) nadzwyczaj ważną rolę i dopiero wypadkowa tego zbiorowego działania przeróżnych czynników i zakażenia rozstrzyga o wyniku. Mając to na myśli, podaję poniżej tylko te środki lecznicze i te metody, któreśmy stosowali, w ocenie zaś ich skuteczności zachowuję jak najdalej idącą ostrożność.

Z 197 chorych nie otrzymało żadnych leków: 29 chorych na biegunkę, 22 chorych na cholerynę i 2 chorych na cholerę ciężką (z tych jeden przybył w agonii i wkrótce umarł, drugi przybył w 12. dniu choroby jako już ozdrowieniec, a rozpoznanie opierało się na wywiadach). Prócz tych 2 są to chorzy, którzy przybyli w różnych dniach choroby w stanie dobrym, tak że prócz łóżka i dyety nie było potrzeby stosować żadnych zabiegów leczniczych.

Celem mechanicznego usunięcia prątków z przewodu pokarmowego stosowaliśmy dwa środki przeczyszczające: olejek rącznikowy i kalomel. Olej podano 17 chorym na biegunkę choleryczną, 21 chorym na cholerynę i 12 chorym na cholerę ciężką, z których umarło 8. Kalomel podawaliśmy bardzo rzadko. Częściej podawaliśmy go w epidemii zimowej. Olej rącznikowy podawano w początkach choroby. Zdaje się, że ta metoda niema wielkiej wartości, co zresztą wynika z biologicznych stosunków; w jelicie cienkiem znajduje prątek idealne warunki rozwoju i choćby całe masy usunięto, wkrótce powstaną nowe. Co do kalomelu zresztą, to niektórzy autorowie wprost przestrzegają przed jego używaniem, twierdząc, że wywołuje przekrwienie jelit, a nawet martwicę nabłonka.

Aby wynagrodzić tkankom utratę wody i przeciwdziałać zagęszczeniu krwi, stosowaliśmy a) wlewania podskórne b) wlewania śródżylne.

a) Wlewania podskórne stosowano w ten sposób: Sporządzoną w aptece mieszaninę soli (natr. chlor. 15, natr. bicarb. 3) wsypywano do flaszek, zawierających 1 litr wody przekroplonej, zatykano lekko watą i poddawano wyjałowieniu w dezynfektorze, gotując w 100 C° przez 15—20—30 minut. Przed użyciem stawiano flaszkę do naczynia z ciepłą (40° C) wodą, a tymczasem gotowano na sali cholerycznej przez 10 minut lejek, wąż gumowy i igłę. Całe przygotowanie trwało około 20—30 minut. Po odkażeniu skóry nalewką jodową zapalano watę na flaszce i wlawszy pełny lejek rozczynu soli, po wypuszczeniu powietrza wbijano igłę pod skórę i wlewano płyn. Zależnie od grubości igły trwał zabieg krócej lub dłużej, zwykle kilka lub kilkanaście minut.

Jako pierwsze miejsce wybieraliśmy udo, później podbrzusze, wreszcie piersi. Trzeba uważać, aby nie wbić igły pod powięź (ująć palcami cienko fałd skóry do przebicia), gdyż wtedy i wlewanie trwa dłużej, i bolesność jest większa, i łatwiej może ropień wystąpić. Z reguły wlewano najmniej litr naraz, w ciężkich przypadkach więcej, lub robiono odrazu dwie hypodermoklizy. W jednym przypadku mieliśmy sposobność przekonać się na stole sekcyjnym, jak wygląda tkanka podskórna po hypodermoklizie. W przypadku tym zastosowano dwie hypodermoklizy; jedną 24 godzin przed śmiercią, drugą mniej więcej w 6 godzin, obie w ściany brzucha. Z pierwszej zupełnie płynu nie znaleźliśmy, z drugiej ślad. W jednej ślad krwi, w drugiej brak.

Wlewanie podskórne działa następująco: 1). wzmacnia tętno; nieraz u chorego bez tętna pojawia się ono, niekiedy na stałe, niekiedy chwilowo, u innych zaś tętno słabe, ledwo wyczuwalne, staje się pełniejszem, dobrze napiętem, sinica zmniejsza się lub znika, twarz różowieje; 2) dostarcza ustrojowi pewnej ilości ciepła; 3). wywołuje pragnienie; 4). często, zwłaszcza w lżejszych przypadkach zmniejsza, a nawet wstrzymuje wymioty; 5). rozrzedza toksyny krążące we krwi.

Chory podczas zabiegu zwykle jest niespokojny z wyjątkiem bardzo ciężko chorych, mniej lub więcej oddziaływa, krzyczy, rzuca się tak, że trzeba go nieraz trzymać, a przy końcu zabiegu niemal zawsze żąda napoju.

Hypodermokliz zastosowano około 90 u 2 chorych na biegunkę, 7 na cholerynę i 51 na cholerę ciężką. U innych chorych na cholerę ciężką nie stosowano hypodermokliz, bo alby były bezcelowe z powodu fatalnego stanu, albo stan dobry nie dawał wskazania. Największe ilości wlewań w ciągu choroby były 7, 6, 4 (wszyscy umarli), zwykle 1—3.

b.) Do wlewań śródżylnych używano końcówczek szklanych, które wraz z płynem wyjaławiano. Zabezpieczają one lepiej przed dostaniem się powietrza i dają większą gwarancyę czystości wobec tego, że się płynu nie przelewa. Używano albo zwykłego fizyologicznego rozczynu

soli albo płynu według przepisu Emmericha: Natr. chlor. 7·8, kalii chlor. 0·4, calciumchlorid 0·26, aq. destil 1000·00. Średniej grubości igłę Pravatza wkłuwano do najgrubszej żyły przegubu łokciowego i wlewano płyn.

Wlewania te zastosowano u kilku chorych, na ogół rzadziej, niż podskórne; u 2 chorych stosowano równocześnie wlewania śródżylne z podskórnemi (jeden z nich umarł).

Działanie wlewań śródżylnych jest takie, jak podskórnych, ale szybsze, jedynie podniecenia pragnienia nie widzieliśmy (do wlewań podskórnych używaliśmy znacznie więcej soli); w niektórych przypadkach skutek był bardzo efektowny, chory z bardzo ciężkiego zapadu przychodził do siebie, ale niekiedy mimo to sprawa kończyła się śmiercią.

W przeciwieństwie do wlewań podskórnych chory podczas wlewań śródżylnych zachowuje się zupełnie spokojnie: leży, słowa nie mówiąc, nieruchomo, jakby odurzony, oddycha równo, spokojnie; tętno z minuty na minutę się poprawia, a przy końcu zabiegu z reguły zaczyna chory swobodnie rozmawiać. Wlewanie śródżylne jest więc zabiegiem niebolesnym, łagodnym, hypodermokliza bolesnym, że się tak wyrażę ordynarnym. Czas trwania wlewania śródżylnego jest dłuższy od hypodermoklizy. Jeżeli tylko jest dostateczna liczba wprawnego personalu i zapewnione ścisłe wyjałowienie, to zaleca się stosować tylko wlewania śródżylne; gdy jednak wielka liczba chorych, to pozostanie stosowanie hypodermokliz, jako zabiegu szybciej wykonać się dającego.

Oba zabiegi posiadają wielką wartość leczniczą, ale tylko objawową; powinny być stosowane wcześ.

Diakliz nie stosowaliśmy, enteroklizy z dodatkiem kwasu garbnikowego 10 : 1000 wody w kilku przypadkach — bez widocznego skutku.

Środki wewnętrzne: Rozgłosu nabrała od niedawna glinka armeńska (bolus alba). Twórcą metody leczenia zakaźnych biegunek przez podawanie glinki jest Prof. Stumpf z Würzburga*), który w r. 1905 poraz pierwszy środek ten zastosował w przypadku cholery w Nakel.

W 1913 r. przeprowadził on doświadczenia na kilkunastu chorych na cholerę więźniach w Niszu, dokąd w tym celu wyjechał.

Stumpf radzi podawać na raz 200 gr. glinki w 400 gr. wody, herbaty, a więc w stosunku 1 : 2 (50%), należycie w dość dużem naczyniu wymieszane, co stanowi śmietanowatą zawiesinę, poczem w razie potrzeby co 3 godziny 100—50 gramów. Metoda ta ma zwolenników (np. Gräser w Neapolu) i nieprzyjaciół (np. Schmidt w Halle).

Myśmy podawali glinkę nie ściśle według przepisu Stumpfa, bo takiej ilości naraz nie chcieli chorzy wypijać; podawano więc naraz mniej, ale częściej. Podawano 3—6—12 i więcej łyżek dziennie. Gdy w zwykłym nieżycie jelit i lekkich postaciach cholery oraz czerwonki opuszcza glinka jelita w formie »słupa«, to w cholerze ciężkiej nigdy »słupa« nie widzieliśmy. Tworzył się na dnie naczynia osad, pokrywający dno grubszą lub cieńszą warstwą, a na nim rozlewał się stolec choleryczny.

Z chorych na cholerę ciężką otrzymało glinkę 29 chorych, z nich umarło 15 (51·7%). Nie otrzymało glinki 23 chorych, z nich umarło 13 (56·5%); tym chorym podawano węgiel (carb. anim.), tannalbinę, bizmut. Są to za szczupłe cyfry, by wysnuwać wnioski. Nadto podawano glinkę 13 chorym na biegunkę choleryczną (jeden umarł na posocznicę) i 20 chorym na cholerynę, z których żaden nie umarł; to niczego nie dowodzi, bo są to postacie cholery łagodne.

Podawanie węgla bardzo utrudnia obserwacyę stolców z powodu czarnego zabarwienia.

Makowiec podawaliśmy w dłużej trwających biegunkach, oraz w przypadkach oddawania stolców w łóżko, rzadko we wczesnych okresach. Działanie jego było rozmaite; czasem zmniejszała się ilość stolców, czasem nie.

Salol 3—4 × 0·5 podawano bardzo wielu chorym; o jego skuteczności nic nie można powiedzić.

Czasami w uporczywych wymiotach podawana anestezyna i kokaina działała skutecznie, zmniejszając ich ilość.

Ze środków sercowych stosowaliśmy: digalen, naparstnicę, strofantus, kofeinę, tonogen, kamforę, eter. Tonogen, który w niektórych chorobach zakaźnych niejednokrotnie znakomicie działa, w cholerze zawodzi.

Robiono również próby podczas epidemii jesiennej z podawaniem tyreoidyny w stanach durowatych bez skutku, oraz z cytrynianem sodowym i innemi solami alkalicznemi. Doświadczenia te robił kol. Bujak, który zamierza je ogłosić w osobnej pracy.

W razie kurczów najlepiej działa wstrzyknięcie morfiny, prócz tego stosowano nacierania spirytusem kamforowym, oliwą chloroformową i miesienie. W zapadzie i oziębieniu ciała okładano chorego kocami, blaszankami z ciepłą wodą — stosowano kąpiele ciepłe.

Co do alkoholu, to w postaci wina, rumu, koniaku stosowaliśmy go dość obficie w epidemii jesiennej. Opierając się jednak na fakcie, że mocz cholerycznych zawiera często białko, prawie zupełnie nie podawaliśmy go już w epidemii letniej, wzmacniając serce tylko środkami sercowymi. Odniosłem wrażenie, że zrobiliśmy dobrze; kto wie, czy duża ilość stanów durowatych podczas epidemii jesiennej nie pozostawała w związku z podawaniem alkoholu; w ciągu epidemii letniej było ich bardzo mało.

Stosowaliśmy dalej metodę Prof. Emmericha z Monachium*).

Emmerich nie uznaje działania endotoksyn i stawia chemiczną teoryę patogenezy cholery, twierdząc, ze wielka chciwość tlenu, właściwa prątkom cholerycznym, wywołuje redukcyę azotanów, zawartych w pokarmach, na azotyny, z których pod wpływem działania kwasu solnego żołądka wytwarza się kwas azotawy. Tak azotyny, jak i kwas azotawy są silnemi truciznami i one to zdaniem Emmericha wywołują zniszczenie nabłonka jelit, wymioty i biegunkę. Przed ich działaniem broni się ustrój silną transsudacyą z krwi i limfy do jelit, która według Rogera w lekkich przypadkach dochodzi do $^1/_3$, a w ciężkich do $^2/_3$ ogólnej ilości płynu, zawartego w krwi i limfie. Stąd obraz utraty wody i stolce ryżowe, słowem obraz cholery. Teoryę swą popiera Emmerich badaniami, które za jego wskazówkami wykonali w Neapolu Montefusco i Capellani, znajdując odczynnikiem Griesa kwas azotawy w soku, wyciśniętym z błony śluzowej jelit osób zmarłych na cholerę w 50%, czego nigdy u zmarłych z innych chorób nie stwierdzono. Popiera też Emmerich swoją teoryę badaniami moczu, dokonanymi osobiście w Konstantynopolu u chorych na cholerę, które w cholerze ciężkiej wykazały obecność kwasu azotawego w moczu. Popiera wreszcie Emmerich swą teoryę faktem, stwierdzonym przez licznych autorów, że oseski, żywione wyłącznie piersią, a więc otrzymujące pożywienie wolne od azotanów, nie zapadają na cholerę, nawet gdy są karmione piersią matki lub mamki chorej na cholerę; karmione flaszką zapadają i często giną na cholerę.

(Dokończenie nastąpi).

*) Stumpf. Ueber ein zuverlässiges Heilverfahren bei der asiat. Cholera sowie bei schweren infectiösen Brechdurchfällen. — Würzburg, Kurt Kabitsch 1906. 2) Münchener m. W. 1914, 14. 3) Tamże 1914, 40.

*) Emmerich: Münchener med. Woch. 1911 nr. 18. i 1911 nr. 48.

Spostrzeżenia z praktyki.

Poronne leczenie dymienic elektrargolem

podał

Dr. Karol Poliwka (Stanisławów).

Leczenie poronne dymienicy pachwinowej po wrzodzie miękkim przedsiębrano zapomocą wstrzykiwania nalewki jodowej, azotanu srebrowego, będźwinianu rtęci (Hg. benzoatum), zawiesiny jodoformu. Wszystko to nie przyspieszało wyleczenia, a było bardzo bolesne i wiodło zawsze do ropienia. Mając w swej prywatnej praktyce podczas wojny chorych, domagających się, jeżeli nie wyleczenia szybszego, to przynajmniej ulgi w cierpieniu, postanowiłem użyć u nich elektrargolu, wstrzykując go do gruczołu pod wysokiem ciśnieniem. Zwiększenie ciśnienia w leczeniu ropni zachwalał dyrektor szpitala w Stanisławowie kol. Krasowski. Elektrargol jako środek antyseptyczny w zakażeniach złośliwych, np. paciorkowcami, niema wielkiej wartości, w zakażeniach słabszych, jak prątkiem okrężnicy przy zapaleniu miedniczek nerkowych, widziałem nieraz bardzo dobre wyniki w postaci spadków gorączki. Delavignes i Doré w szpitalu Neckera (1914 r.) wstrzykiwali 1 gr. elektrargolu w zapaleniu wiewiórowem najądrza z wynikiem również dobrym w postaci ustania bólu.

Wszystkich przypadków dymienic, leczonych elektrargolem, mam 20. Przez 5—10 minut po wstrzyknięciu chorzy odczuwają ból; wstawszy z sofki, kładą się zaraz z powrotem, skarżąc się na ból aż do omdlenia. Dwu chorych rzeczywiście zemdlało zaraz po wstrzyknięciu. Po 10 minutach ból mija, chory wstaje, często wahając swobodnie nogą dla okazania niebolesności.

Technika jest bardzo prosta. Ująwszy powiększony gruczoł między dwa palce ręki lewej, ustalam go, a prawą ręką wbijam igłę średniej grubości, sprawdzając poruszeniem gruczołu, czy koniec igły jest w jego środku, co jest zupełnie niebolesne. Jeżeli niema ropy, to wstrzykuję zaraz 5 gramów elektrargolu, co już jest bolesne. Parcie w gruczole jest po wstrzyknięciu tak duże, że jeśli puścić tłok strzykawki, to płyn do niej strumieniem powraca lub po wyjęciu igły przez otwór ukłucia tryska. Trzeba więc otwór po wstrzyknięciu przymknąć wacikiem lub przesunięciem skóry. Parcie takie jest z początku choroby, gdy torebka gruczołu jest oporna, a gruczoł jest swobodnie poruszalny, natomiast później, gdy skóra nad gruczołem już nie jest ruchoma, można wstrzyknąć 10 gr. bez stwierdzenia tego parcia; w tych przypadkach trzeba użyć grubszej igły dla wydobycia kilku kropli ropy przed wstrzyknięciem. Wstrzykiwałem we wszystkich okresach, oczywiście jeżeli nie było jeszcze chełbotania. Na 20 przypadków, 10 było świeżych, z gruczołem powiększonym, ale swobodnym.

Wyniki były następujące: W 4 przypadkach świeżych, trwających od 3 dni, cała sprawa zapalna ustąpiła; gruczoł pozostał powiększony, niebolesny. W 14 przypadkach, rozwijających się conajmniej tydzień, ropienie dojrzewało do nakłucia w przeciągu 3—7 dni; w jednym przypadku był dreszcz, trwający 6 godzin.

W 2 przypadkach rozpoznanie było wątpliwe; wrzody na członku zagojone, gruczoły prawie niepowiększone z wyjątkiem jednego obrzękłego, bolesnego. Po wstrzyknięciu nastąpił dreszcz i gorączka 39° C. U jednego chorego gorączka minęła na drugi dzień, u drugiego gorączka ciągła 39° trwała przez dwa dni i opadła przełomowo. Chory podczas gorączki czuł się — pominąwszy ból głowy — dobrze, miał duży apetyt, tętno dobrze napięte, 90—100. W obu przypadkach rozwinęła się kiła, gruczoły nie zropiały.

Wnioski:

1) Wstrzykiwaniem elektrargolu leczy się poronnie dymienice pachwinowe po wrzodzie miękkim.

2) W 80% przyspiesza się zropienie przy zmniejszeniu lub usunięciu bólu.

3) W przypadkach niejasnych co do przyrody nie powinno się używać elektrargolu.

Liczba moich spostrzeżeń mała, z powodu warunków praktyki prywatnej; ogłaszam je jednak w tej myśli, by zachęcić do prób leczenia w wielkim stylu w szpitalu lub klinice.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Z inicyatywy dr. Z. Kramsztyka i W. Chodźki zawiązało się »Polskie Towarzystwo medycyny społecznej«. Do zarządu wybrani zostali dr. Bornsztajn, Chodźko, Knappe, Z. Kramsztyk, prof. Loth, Pawlikowski, Radziwiłłowicz, Szenajch, Szmurło. Cele i zakres działania nowego Towarzystwa są według »Gazety lek.« takiesame, jak istniejącego już od szeregu lat »Stowarzyszenia lekarzy«.

Kraków. Prof. Dr Adolf Beck, wywieziony przez Rosyan jako zakładnik ze Lwowa, został nareszcie uwolniony (w drodze wymiany) i po wielomiesięcznej ciężkiej niewoli powrócił do kraju. Uniwersytet lwowski, który prof. Beck w najtrudniejszych nawet chwilach umiał ustrzedz od szkód, zgotował zasłużonemu profesorowi gorące powitanie.

— Zarząd Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Rodzinie ś. p. Radcy Dworu Prof. Dra Wicherkiewicza za 2445 dzieł, broszur i czasopism, ofiarowanych Bibliotece Towarzystwa za pośrednictwem Dyrekcyi Biblioteki Jagiellońskiej. — Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Kalendarz lekarski na rok 1917 wyjdzie w niedługim czasie. Ze względu na trudności adresowe raczą Szan. Koledzy zamawiać go sami u redaktora »Kalendarza« (św. Jana 18, Dr Klęsk) kartami korespondencyjnemi. Kalendarz wyjdzie tylko oprawny w płótno; cena 4 K 50 hal., bez portoryum.

Zmarli: Prof. Dr Franciszek Scherer, dyrektor kliniki chorób niemowlęcych na czeskim wydziale lekarskim i prymaryusz krajowego domu podrzutków w Pradze. »Casopis lekaru ceskych« określa zmarłego, jako człowieka nader prawego, niezmiernie pilnego pracownika i kolegę o złotem sercu. W piśmiennictwie lekarskiem zapisał się Scherer trwale szeregiem cennych prac ze swego zakresu, toteż śmierć Jego w młodym stosunkowo wieku jest dla nauki czeskiej wielką stratą. — Patolog prof. Eppinger w Grazu, internista prof. A. Weil w Wiesbaden.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w Sierpniu 1916.

Gazeta lekarska. Nr 5—9 (31. —35) Jaworski: Prof. dr. H. Swięcicki. Z powodu czterdziestej rocznicy pracy naukowej (5). — Mikulski (dok. 6). — Sawicki: Działalność Wydziału szpitalnictwa i dobr. publ. od 12 sierpnia 1915 do 1 lipca 1916 (5). — Serkowski: Przyrząd do przesączania nieprzerywanego (7). — Jonscher: Przypadki błonicy u dzieci, niezwykłe pod względem klinicznym i bakteryologicznym (8—9). — Popiel: Ciąża brzuszna.

Medycyna i Kronika lekarska Nr 29—34.: Guranowski: Ubezpieczenia na życie a choroby narządu słuchowego (29—30). — Arnstein: Pyramidon w leczeniu duru brzusznego (31). — M. Biehler: Ogólne podstawy racyonalnego żywienia dzieci (29—33). — Sonenberg: Przyczynek do leczenia zapalenia rzeżączkowego cewki kobiecej (32). — Jonscher: Przypadek choroby Tay-Sachsa u dziecka chrześciańskiego (33). — Wł. Sterling: O zupełnej utracie włosów na całem ciele pochodzenia nerwowego i wielogruczołowego (34).

Zdrowie Nr 8: Janiszewski: O wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju. — Ruppert: Chleb i stan sanitarny piekarń warszawskich.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.